

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 160

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 janvier 1904, à 1 heure

PAR

Jean MAGIN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

ULCÈRES DE JAMBE

Président : M. TERRIER, professeur

*Juges : MM. TILLAUX et BRISSAUD, professeurs
ROGER, agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....		BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANCON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef:	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TERRIER

Professeur de clinique chirurgicale à la Pitié.

Chirurgien des hôpitaux.

Commandeur de la Légion d'honneur.

*Qu'il veuille bien agréer l'expression
de ma profonde gratitude pour le très grand
honneur qu'il m'a fait en acceptant la prési-
dence de ma thèse.*

DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
ULCÈRES DE JAMBE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer mes études médicales, je tiens à remercier les maîtres qui, dans les hôpitaux de Paris, ont pendant près de six ans contribué par leur enseignement de chaque jour à m'instruire de mes devoirs d'homme et de médecin.

A M. le professeur agrégé B. Cunéo, chirurgien des hôpitaux, qui a bien voulu, dans tout le cours de mes études médicales, m'honorer de son estime et de son amitié, je suis heureux d'adresser en tête de ce travail, un hommage de ma vive reconnaissance.

C'est à M. le professeur Terrier, chirurgien de la Pitié, que je dois une grande partie de mon éduca-

tion chirurgicale, et j'aurai toujours, dans ma carrière le souvenir et l'exemple de son impassibilité, de sa netteté de décision, toutes qualités qui jointes à la pratique sévère de l'asepsie assurent à ce maître la multiplicité de ses succès opératoires.

Dans son service nous avons eu l'honneur d'apprécier la haute valeur chirurgicale de M. le professeur A. Gosset. Dans tout le cours de nos études médicales nous avons toujours eu à nous louer de sa bienveillance à notre égard ; c'est lui, du reste, qui nous a donné les principales indications de cette thèse et nous devons lui exprimer notre vive reconnaissance pour les judicieux conseils qu'il nous a donnés et pour les observations qu'il a mises à notre disposition.

M. Hartmann, professeur agrégé, chirurgien de Lariboisière nous admit ensuite dans son service, et nous eûmes la bonne fortune de faire, près de ce clinicien recherché, une année entière d'externat. Près de lui, nous avons appris ce que doit être la recherche d'un diagnostic chirurgical sérieux, c'est-à-dire basé sur l'examen attentif et complet d'un malade et ce que doit être ensuite la discussion consciencieuse et éclairée de l'acte chirurgical. J'ai appris de lui la pratique des maladies des voies urinaires. Qu'il nous soit donc permis de le remercier de ses utiles conseils et de sa bienveillance continue.

Nous remercions sincèrement aussi M. le professeur Berger ; les quelques mois que nous avons eu l'honneur de passer auprès de lui, nous ont été de la plus grande utilité.

C'est à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Aud'houi et de ses remplaçants : MM. Courtois-Suffit et Dufour, médecins des hôpitaux que nous avons commencé nos études médicales. Nous conserverons de M. Aud'houi le souvenir le plus agréable et nous n'oublierons jamais ni ses leçons cliniques au lit du malade qui étaient pour nous si fertiles en enseignement, ni ses causeries anecdotiques sur la vie médicale des précédentes générations.

Les dix mois d'externat que nous avons passés à la consultation de médecine de l'hôpital Beaujon, sous la direction du D^r Brühl, nous ont appris à faire un diagnostic rapide et à nous exercer dans l'art de formuler. Nous ne saurions oublier que M. Brühl avec son affabilité exquise nous a guidés dans cette voie si difficile.

Que M. le docteur Barbier, médecin de l'hôpital Hérold veuille bien accepter nos remerciements, pour les précieuses leçons de clinique médicale infantile qu'il nous prodigua pendant notre externat dans son service.

Nous ne saurions terminer sans adresser nos remerciements les plus sincères :

A M. le Professeur Pinard dont nous n'oublierons les sages leçons en matière d'accouchement ;

A M. le D^r Carence (de Toulon) qui le premier nous initia à la pratique de la chirurgie ;

A notre ami, le D^r Mouchette, qui par son obligeance à notre égard pendant nos études médicales a droit à notre inaltérable amitié.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

« De tous les maux qui désolent l'humanité, l'ulcère de jambe est sans contredit l'un des plus fréquents et aussi l'un des plus fâcheux parce qu'il atteint principalement la classe inférieure de la société ».

PH. BOYER

La guérison radicale des ulcères de jambe est un problème que les chirurgiens de tous les temps se sont posé ; le nombre de procédés mis en usage pour atteindre ce résultat est considérable. C'est qu'il s'agit d'une affection si fréquente et si rebelle que malgré la patience et le talent des opérateurs, le succès n'a pas toujours été le prix de leurs efforts. En réalité « si la cure radicale des varices est une utopie, car on ne peut refaire les veines d'un membre », celle de l'ulcère variqueux demeure à juste titre un idéal thérapeutique.

Et cependant l'anatomie et la pathogénie des ulcères de jambe montrent qu'il est théoriquement possible de modifier les troubles nerveux et circulatoires qui sont l'origine de ces ulcères dans des conditions suffisantes pour en amener la guérison.

Aussi, croyons-nous utile, avant d'examiner et de comparer les principaux procédés opératoires de résumer les diverses opinions émises sur l'origine des ulcères variqueux (Ch. I) ;

Nous examinerons ensuite les différentes interventions chirurgicales dont la thérapeutique de cette affection s'est enrichie (Ch. II) ;

Nous serons ainsi conduit à faire une sorte de parallèle entre chacune de ces interventions, à indiquer celle qui paraît le mieux indiquée dans tel ou tel autre cas (Ch. III).

I

Définitions et considérations pathogéniques.

On donne le nom d'ulcère à une perte de substance qui au lieu d'évoluer vers la cicatrisation tend à persister et à s'accroître.

Cette définition convient aux ulcères de jambe, mais a ce caractère essentiel de permanence ou de progrès qui différencie les ulcères des plaies ordinaires, il est nécessaire d'ajouter aux ulcères de jambe un autre caractère particulier : ils s'accompagnent toujours d'un état variqueux du membre inférieur.

La cause première des ulcères variqueux comme celle des varices semble bien résider dans un trouble de la nutrition générale produit par une dyscrasie, une diathèse héréditaire, telle que l'herpétisme ou l'arthritisme.

Mais quelle est la relation pathogénique qui unit l'ulcère à la varice ? Y a-t-il entre ces deux faits anatomiques une relation directe de cause à effet ? Et si l'on tient compte du terrain arthritique de l'in-

dividu, de l'état variqueux des membres, ne doit-on pas, d'après une théorie plus récente donner aux lésions nerveuses une part prépondérante dans l'évolution de ces ulcères ?

Il convient donc, après avoir résumé les différentes théories qui ont cherché à expliquer la production de l'ulcère variqueux de faire dès le début la part de vérité qui revient à chacune d'elles.

Un premier point doit être mis en tête de cette étude, c'est la disproportion fréquente entre le développement des varices et la production des ulcères variqueux. La clinique a depuis longtemps remarqué ce fait : tels malades ont de grosses varices bosselant le membre inférieur de gros pelotons variqueux, et ils échapperont toute leur vie à l'ulcère ; chez les autres, au contraire, qui ne présentent sur la peau que de fines arborisations veineuses, sans gros pelotons apparents, on observera « ces plaies larges et profondes, ces épaissements dans la peau, ces troubles profonds qui vont jusqu'à l'os et le couvrent d'hypérostose » (Forgue).

Ce contraste indique, *à priori*, comme l'a dit Quénu, que pour faire une ulcération il faut autre chose que des varices. Ce point de pathogénie n'a été éclairé que par des travaux récents. Un membre variqueux est un lieu de moindre résistance que contribuent à former les altérations de la circulation périphérique artérielle et veineuse, les troubles de son innervation trophique.

D'après les recherches de Schreider, de Rienzi, de

Quénu et de Gilson, la dégénérescence athéromateuse des artères a été fréquemment observée et celles-ci auraient comme les veines leur part de responsabilité.

Les troubles de la circulation veineuse dont l'influence est incontestable sont dus surtout aux varices.

La théorie de l'insuffisance valvulaire rend compte d'un très grand nombre de faits. L'excès de pression qui se produit dans la saphène interne, insuffisante; dès que le malade est debout ou qu'il fait des efforts, se transmet dans les veinules de la jambe jusqu'aux capillaires. Puis cette pression devient égale ou supérieure à celle des ramuscules artériels, d'où nutrition insuffisante de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de la jambe.

Trendelenburg insiste en outre sur ce fait : dans la veine saphène interne, le sang qui reflue à chaque effort, au lieu de suivre une direction centripète, suit une direction centrifuge ; par les anastomoses qui unissent le système veineux profond, il se précipite dans les veines tibiales ou péronières et est ramené ensuite dans la fémorale par la veine poplitée. Mais au niveau de la saphène une partie du sang reflue dans cette dernière et accomplit le même circuit. Ainsi se forme un « *circulus veinosus* », dans lequel le sang perd de plus en plus ses qualités nutritives.

Pour M. Delore enfin, les muscles par leur action sur des veines à valvules insuffisantes lancent le sang de la profondeur à la périphérie dans le terri-

toire des saphènes par une sorte de « coup de bélier » et contribuent ainsi à l'exagération des troubles nutritifs.

Mais ces troubles nerveux et artériels n'expliquent pas tous les cas ; c'est qu'en réalité la nutrition des éléments anatomiques n'a point pour unique condition l'irrigation sanguine : elle dépend aussi de l'excitation nerveuse trophique. Les altérations trophiques du système nerveux ont un rôle désormais incontestable dans la pathogénie des ulcères de jambe. La preuve en a été fournie de deux façons, — par l'observation clinique des faits, — par les données anatomo-pathologiques.

Dès 1812, Lèveillé signale le refroidissement des jambes atteintes d'ulcères variqueux, puis Verneuil décrit les crampes des mollets. En 1868, Auzilhon signale la diminution de la sensibilité du membre atteint d'ulcère. Mais c'est depuis les recherches de M. Terrier et la thèse de son élève Séjournet (1877), que l'importance de ces troubles nerveux dans le déterminisme de la nature de l'ulcère variqueux a paru considérable.

M. Terrier a constaté leur existence « avant l'apparition de l'ulcère dans les cas où la peau déjà altérée était prête à s'ulcérer » ; on les retrouve au niveau de l'ulcère et après sa cicatrisation.

La sensibilité thermique est la première et la plus constamment atteinte ; il y a retard dans la perception du chaud, erreur dans la perception du froid : un corps froid paraît chaud dans des zones varia-

bles. La sensibilité à la douleur est fréquemment altérée ; il y a retard dans la perception, inexactitude dans la localisation, diminution des sensations, quelquefois même analgésie complète. La sensibilité tactile paraît résister davantage au processus d'ulcération : lorsqu'elle est atteinte, c'est tardivement et dans une région limitée.

Il y a ainsi trois degrés de troubles fonctionnels répondant à trois degrés d'altération nerveuse ; ces trois degrés peuvent coexister au niveau d'un même ulcère : la zone anesthésiée est alors centrale, la zone analgésiée moyenne ; c'est au niveau de la zone périphérique que l'on trouve les troubles thermiques.

D'autre part, Gilson et Clado ont noté des troubles sécrétoires, les injections de pilocarpine n'ayant pas déterminé les phénomènes de sudation qui se produisent habituellement sur un membre sain.

La preuve anatomique a été fournie par les recherches histologiques de Gombault et surtout de Quénu en 1882. Aux troubles fonctionnels bien étudiés par MM. Terrier et Séjournet, correspond, comme l'a dit Broca « une véritable névrite, et une névrite non pas ascendante, partie de la solution de continuité mais la précédant habituellement ».

Le processus anatomo-pathologique des lésions nerveuses, serait d'après Quénu le suivant. Le premier degré consiste dans une légère augmentation de volume du nerf, accompagnée d'une dilatation des veinules qu'il renferme. Puis autour de ces

veines dilatées on voit se former du tissu conjonctif qui, de périveineux ne tarde pas à devenir péri-fasciculaire, à s'interposer entre les faisceaux primitifs et, à les écarter. A un degré plus avancé, le processus de sclérose qui était resté jusqu'alors à l'extérieur du faisceau primitif, s'attaque à ce faisceau lui-même : des travées fibreuses partent de la gaine lamelleuse épaisse « pénètrent le faisceau sous forme de gerbes et le dissocient ».

En résumé, les veines des nerfs subissent la dégénérescence commune, se dilatent, deviennent variqueuses : ces varices s'accompagnent de périphlébite chronique et parallèlement à la dilatation, et à l'inflammation des vaisseaux, la sclérose progresse, d'abord périfasciculaire, puis intrafasciculaire. Au total, selon le mot de Forgue « la périphlébite entraîne la périnévrite ».

« L'altération des nerfs, conclut Quénu, est un facteur important dans la pathogénie de ces ulcères auxquels l'état de la circulation veineuse donne surtout leur aspect, et si j'ose dire leur couleur locale ».

Cette conception trophique de l'ulcère variqueux n'élimine pas d'ailleurs l'action des causes mécaniques en général : gêne circulatoire, traumatismes répétés, altérations osseuses voisines, gênant la cicatrisation de l'ulcère. Elle ne nie pas le rôle adjuvant de l'œdème veineux et des altérations artérielles. Elle laisse enfin à l'état constitutionnel la part qui lui revient.

Pour résumer en quelques mots cette pathogénie

nous ne pouvons mieux faire que de citer Gilson et Broca qui envisagent ainsi l'enchaînement des causes qui amèneront l'apparition de l'ulcère. Un même état constitutionnel, l'arthritisme, préside à la fois aux lésions veineuses, voire même aux lésions nerveuses qui pourraient être primitives et ne seraient pas toujours déterminées par les dilatations variqueuses ; mais bientôt ces lésions retentissant les unes sur les autres aggraverait encore le mal. « D'artère à veine, de veine à nerf, il y a, échange réciproque de mauvais procédés » et le tout concourt à faire des jambes ainsi atteintes un tissu de moindre résistance, à y rendre « les tissus infirmes », pour employer une expression de Besnier. Que sur de pareils tissus le moindre traumatisme s'abatte, et l'on verra l'ulcère s'établir.

Ayant à examiner les différents procédés opératoires des ulcères variqueux, il nous faut rappeler une classification récente de ceux-ci d'après M. Rémy.

« Tout ulcère variqueux, dit cet auteur, repose sur une veine variqueuse qui adhère à la peau, cette adhérence étant habituellement ancienne et antérieure à l'ulcération ».

Les ulcères variqueux, en raison de ces rapports devraient porter le nom de la veine sur laquelle ils se sont produits. On aurait ainsi : les ulcères de la saphène interne, les ulcères de la saphène externe et les ulcères des communicantes.

« Le succès d'une opération dépendra de la con-

naissance de la veine malade qui entretient la stase des bourgeons ulcéreux ».

Le plus fréquent de tous est celui de la saphène interne et siège sur la région antéro-interne de la jambe ; il n'adhère pas au tronc de la saphène interne ; mais le plus souvent à une veine secondaire, à une seule branche que l'on devra rechercher.

Celui de la saphène externe est plus rare et siège à la partie postéro-externe de la jambe ; l'adhérence de l'ulcère s'observe, comme pour la saphène interne, non pas sur le tronc même de la saphène externe, mais sur une veine secondaire, horizontale ou oblique.

Quant à l'ulcère des communicantes il peut siéger dans tous les points où les communicantes directes et intra-musculaires se détachent du réseau superficiel, mais les directes en sont le siège le plus fréquent.

Les ulcères des communicantes sont souvent pris pour des ulcères de la saphène interne. Une ligature sur la saphène est fatalement dans ce cas suivie d'insuccès. Parmi les ulcères des communicantes, le plus important parce que le plus grave, serait celui qui est situé près de la malléole interne. C'est à ce niveau, en effet, que se trouvent deux ou trois communicantes qui relient les branches terminales de la saphène aux troncs veineux des tibiales postérieures. Malgré ses petites dimensions, son apparence insignifiante, cet ulcère a une très grande gravité. « Il n'est pas possible, dit M. Remy, de l'améliorer par

une opération, car ces communicantes sont souvent multiples, courtes et impossibles à disséquer. »

L'ulcère annulaire seul, ne peut être désigné par un nom de veine, car il adhère à toutes à la fois ; il siège au tiers inférieur de la jambe ; résultant de la fusion de plusieurs ulcères il indique qu'il n'existe plus une seule veine saine dans l'épaisseur du membre atteint.

Classification des méthodes.

Une classification des procédés opératoires proposés pour la cure radicale des ulcères variqueux, basée d'après les données pathogéniques, c'est-à-dire en procédés agissant uniquement sur la circulation veineuse ou sur l'innervation et en procédés ayant seulement pour but la libération de l'ulcère ou la réparation directe de la surface ulcérée par un tissu de nouvelle formation, une telle classification est impossible à établir, car si dans quelques cas isolés, la guérison a été observée après une intervention qui n'a agi que sur l'un des deux éléments principaux, l'innervation ou la circulation, dans bien d'autres cas, au contraire, il est impossible de faire la part qui revient à l'un ou à l'autre de ces deux facteurs essentiels; c'est ainsi que le procédé de Dolbeau (incision circonflérentielle de l'ulcère) agit aussi bien en isolant l'ulcère des nerfs plus ou moins dégénérés que par la déplétion qu'il occasionne dans le système veineux local.

Aussi nous semble-t-il préférable de conserver la division indiquée dans la thèse de Cailleton, Paris

1901, « division qui elle au moins, si elle est moins scientifique ne préjuge en rien du mécanisme de la guérison » et nous examinerons successivement :

I. *Les interventions au niveau de l'ulcère ;*

II. *Les interventions à distance.*

Le tableau suivant indique l'ordre dans lequel nous examinerons les principaux procédés opératoires des ulcères de la jambe.

Le curage ou curettage des ulcères ne mérite pas le nom de méthode spéciale de traitement ; aussi ne figure-t-il pas dans ce tableau. Il est d'ailleurs rarement employé seul et le plus souvent on le fait précéder ou suivre une opération complémentaire, telle que la greffe, la résection de la saphène, l'incision circonférentielle de la jambe.

1. — *Interventions au niveau de l'ulcère.*

1° Incision circonférentielle (Pr. de Dolbeau).

2° Méthode des scarifications (Pr. de Vidal).

3° Méthode des greffes :

a. Greffes épidermiques (Pr. Reverdin).

b. Greffes dermo-épidermiques (Pr. de Ollier et de Thiersch).

c. Greffe cutanée.

4° Autoplastie (Pr. de Poncet).

II. — *Interventions à distance.*

1. Ligature ou résection de la saphène interne (Pr. de Trendelenburg).

2° Elongation des nerfs (Pr. de Chipault).

3° Dissociation fasciculaire du nerf sciatique (Pr. de Delbet et de Gérard-Marchant).

4° Incision circonférentielle de jambe (Pr. de Moreschi. Modifications de Mariani, Paul Delbet, Mauclore, Brault).

CHAPITRE II

Etude historique et analytique des principaux procédés opératoires.

1^o. — *Incision circonférentielle de l'ulcère.*

En janvier 1853, se trouvant en présence d'un homme atteint d'ulcère rebelle à tout traitement, situé en avant et sur les côtés de la jambe droite, au-dessus du mollet et déterminant des souffrances si vives que cet homme demandait l'amputation, un chirurgien anglais, Gay, de Royal Free Hospital eut l'idée de faire « une incision de deux pouces et demi près des bords de l'ulcère, à travers la peau saine et le fascia, suivant l'axe de la jambe ». A partir du moment où l'incision fut pratiquée, l'ulcère commença à se cicatriser promptement et en une quinzaine de jours la cicatrisation fut complète (*The Lancet*, 1853, p. 450).

Gay pensait que les incisions sur les parties latérales agissaient en favorisant la cicatrisation par glissement des tissus environnants et « il était convaincu que la guérison ne peut se faire si ces tissus sont incapables de céder à la traction de la cicatrice, si la peau est immobilisée sur les parties sous-jacentes par l'infiltration plastique » (Thèse Lafaye, Paris, 1875. p. 27).

Dès 1862, cette méthode fut pratiquée mais modifiée par Dolbeau à l'hôpital Saint-Louis. Aux incisions latérales de Gay, ce chirurgien substitua une incision circonscrivant l'ulcère. Voici d'ailleurs son procédé : on fait, à l'aide du bistouri, et sans anesthésie préalable une incision distante des limites de l'ulcère d'environ 2 centimètres $1/2$ à 3 centimètres et comprenant la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le *fascia superficialis*, on laisse s'écouler un peu de sang des lèvres de l'incision puis on applique un pansement. Les suites opératoires seraient les suivantes : « dès le second jour la rétraction se fait, les lèvres de l'incision s'écartent l'une de l'autre ; puis la plaie qui auparavant était privée d'éléments nutritifs commence à se recouvrir de bourgeons charnus assez nombreux : l'ulcère diminue rapidement d'étendue et la cicatrisation est complète au bout de 2 ou 3 mois » (Lafaye).

Mais d'après Dolbeau, l'incision circonférentielle n'agit plus par « le glissement de la peau » comme l'indiquait Gay, mais par une action plus complexe : pour lui, la stagnation du sang veineux dans les

veines variqueuses joue un grand rôle dans la production des ulcères : l'ulcère produit, cette stagnation détermine un état sub-inflammatoire dans les tissus environnants, d'où défaut de tendance à la cicatrisation par suite de l'alanguissement de la nutrition. L'incision circonférentielle aurait donc pour but, d'après Dolbeau, d'isoler l'ulcère des autres parties malades, de le soustraire à l'influence des varices par une tranchée, de l'obliger à se créer « une circulation supplémentaire plus jeune, plus active et plus profonde ». (Thèse Lafaye).

L'incision circonférentielle aurait encore un autre mode d'action, sorte d'action irritative, « action vitale » dit Lafaye : en effet, les incisions pratiquées dans les tissus sains, à deux centimètres environ des bords de l'ulcère ne tardent pas à se recouvrir de bourgeons charnus : ces phénomènes résultant d'un travail irritatif se font probablement sentir au voisinage de l'ulcère même, et là aussi le travail de cicatrisation s'opère.

En 1874, Nusbaum revendiqua pour lui-même l'honneur de la découverte de l'incision circonférentielle. Depuis 1859, disait-il, il avait traité de cette façon plus de 60 cas d'ulcères variqueux et avait obtenu les meilleurs résultats. Quoi qu'il en soit ses résultats ne furent publiés qu'en 1874 dans *Erztl. Intelligenzbl., Munchen.*

Faure conseilla ensuite de pratiquer « deux incisions courbes qui circonscrivent l'ulcère avec une partie des tissus avoisinants, intéressant les tégu-

ments dans toute leur épaisseur, se rejoignant par leurs extrémités et dont on dissèque les bords ».

Le procédé de Dolbeau fut aussi modifié par Hoggden qui au lieu de faire une incision unique fit tout autour de l'ulcère des incisions séparées, dont le schéma peut être comparé au diaphragme d'une fleur.

De nombreuses objections furent ensuite faites, et malgré les appellations diverses de circoncision, d'incision libératrice, de circonvallation, l'intervention ne fut plus guère tentée. Cependant M. Felizet, le professeur Berger et M. Gérard-Marchant en France, Willems et Harbendt en Belgique continuèrent à traiter l'ulcère variqueux rebelle par l'incision circonférentielle et obtinrent de bons résultats.

Une méthode plus récente, celle de Vallis, recommandée en janvier 1898 par ce chirurgien à la Société clinique de Londres, se rapproche quelque peu de ce procédé, mais tandis que la méthode de Dolbeau est essentiellement conservatrice, celle de Vallis au contraire, consiste à faire en dedans et en dehors de la plaie deux incisions longitudinales, pénétrant jusqu'au périoste, puis à détacher le fond de l'ulcère de la face profonde et à suturer les incisions.

2° Scarifications.

Galien dans son *Traité de la méthode* (Liv. IV, ch. II), conseille de couper les bords de l'ulcère

toutes les fois qu'ils sont durs et décolorés. C'est dire que ce procédé n'est pas nouveau.

En 1580, Ambroise Paré se déclare partisan de ce mode d'intervention et ajoute : « Que si les callosités étant si dures que les remèdes ne puissent faire leur opération, faudrait premièrement les scarifier du tout, afin de donner prise aux médicaments et ce jusques au vif. » (*Œuvres de A. Paré*. Liv. II, page 253. Ed. Malgaigne).

L'action spécifique des scarifications est donc encore inconnue de Paré qui ne reconnaît à cette méthode que son action propre à favoriser l'action des médicaments.

Plus tard, Benj. Bell, chirurgien d'Edimbourg, reconnaît la nécessité d'avoir recours au bistouri pour faire disparaître les callosités des vieux ulcères, « car, dit-il, tant qu'il en restera l'on se flattera en vain d'obtenir la guérison par quelque application que ce soit. » (B. Bell. Trad. Boeéquillon, p. 171).

En 1839, dans la thèse de Rigaud, Montpellier, on lit : « M. Lallemand emploie les incisions dans les ulcères calleux comme moyen de débridement des bords dont il considère la résistance comme un obstacle à la cicatrisation. Les scarifications peuvent être considérées comme modifiant leur vitalité propre. »

Mais cette dernière considération demeura inaperçue et les scarifications furent considérées longtemps encore comme ne pouvant que favoriser l'action médicamenteuse.

Il appartenait à Vidal « de généraliser cette méthode curative de la façon la plus heureuse et la plus efficace rendant ainsi à la médecine pratique un service des plus signalés » (Barthélemy, cité *in* thèse Chaussat, 1883, Paris).

Quant à la description du procédé opératoire nous ne saurions mieux faire que de transcrire les propres termes de Vidal :

« Le meilleur scarificateur est un instrument à lame mince, étroite, de deux centimètres et demi de longueur sur deux millimètres de largeur, terminé par une pointe triangulaire à deux tranchants se réunissant sous un angle de 55° et monté sur un manche analogue à celui des aiguilles à cataracte... On le tient comme une plume à écrire, délicatement, sans raideur, sans serrer entre les doigts : en opérant, on sent les variations de consistance des tissus. Il faut inciser à la surface de la peau perpendiculairement et non obliquement, car on couperait les travées conjonctives qu'on ne doit que dissocier pour qu'elles puissent servir à la cicatrisation.

« Je fais les incisions parallèles, aussi rapprochées que possible les unes des autres ; je les croise immédiatement par d'autres incisions obliques formant des hachures, et je fais même souvent, lorsque je trouve cette scarification insuffisante, d'autres incisions quadrillant les premières obliquement ou perpendiculairement, de telle sorte que j'arrive à avoir des bords hachés, dilacérés en tous sens » (Clinique de Vidal, *France médicale*, 1881.)

Cette description s'appliquait en réalité au *lupus* mais elle fut bientôt employée par le même auteur pour l'ulcère variqueux.

Les scarifications ou mieux « les incisions quadrillées en tous sens » n'empiètent pas ou très peu sur les parties ulcérées mais s'étendent dans les parties saines à 2 ou 3 centimètres suivant le degré d'induration et d'élévation des bords ; elles ne doivent pas en profondeur dépasser le derme.

L'anesthésie générale est inutile, les pulvérisations de chlorure d'éthyle déterminant une anesthésie suffisante.

La thèse de Chaussat (Paris 1883), fit connaître quelques résultats obtenus par cette méthode, qui fut, dans la suite employée par la plupart des chirurgiens qui s'occupent du traitement des ulcères variqueux.

3^o Méthodes des greffes.

L'origine de cette méthode est beaucoup plus récente que celle des deux précédentes, et il ne semble pas que les anciens aient eu l'idée de ces transplantations d'homme à homme ou même d'animal à homme, idée qui d'ailleurs, fut grandement favorisée dans sa mise en pratique, par les notions nouvelles de l'asepsie.

a) *Greffes épidermiques.* — C'est à Reverdin que revient l'honneur de cette découverte ; alors qu'il

était interne des hôpitaux, se trouvant en présence d'une brûlure dont il attendait depuis longtemps la cicatrisation, il eut l'idée de la recouvrir d'une couche d'épiderme empruntée à une autre partie du corps. La guérison fut rapide. La méthode fut alors généralisée et appliquée au traitement des ulcères variqueux.

Reverdin décrit ainsi son procédé. « Je tends bien la peau sur la face plane du tibia, et j'introduis la pointe d'une lancette un peu large, parallèlement à l'os à une très petite profondeur, un demi-centimètre environ : je pousse ma lancette toujours parallèlement et sa pointe ressort à 3 ou 4 centimètres plus loin... J'applique ma lancette ainsi chargée de sa greffe sur le bourgeon charnu que j'ai choisi, et je fais glisser sur eux le lambeau avec la pointe d'une épingle ».

La greffe est actuellement le plus souvent prise à la face interne de la cuisse ; l'instrument employé est le rasoir ; on coupe un lambeau d'épiderme, on le recueille sur la lame du rasoir, on l'étale ensuite sur la surface de l'ulcère.

b) *Greffe dermo-épidermique*. — Reverdin ne prenait de la peau que sa couche épidermique ; ce procédé fut bientôt modifié par Ollier qui fit le premier la greffe dermo-épidermique. Poncet suivit Ollier dans cette voie ; mais c'est Thiersch qui permit l'application de ce procédé au traitement de l'ulcère variqueux par la modification qu'il lui fit subir : cette modification porta essentiellement non pas sur

la greffe elle-même, mais sur la préparation de la perte de substance que cette greffe doit recouvrir.

Le procédé de Thiersch comprend deux temps ; la préparation de l'ulcère, l'application de la greffe.

Le premier temps consiste essentiellement dans la désinfection aussi complète que possible de l'ulcère ; l'application de pansements appropriés pendant quelques jours aura ce résultat ; s'il existe au niveau de l'ulcère des bourgeons trop exubérants, on les enlèvera à la curette ou au bistouri : si au contraire, l'ulcère n'a pas de tendance à la réparation, des cautérisations superficielles au nitrate d'argent seront essayées pour exciter sa vitalité.

On se procure ensuite la greffe de la même façon que Reverdin mais avec cette différence essentielle que dans le procédé de Thiersch le rasoir doit passer par le milieu du derme : le lambeau comprend donc l'épiderme et la moitié du derme. On placera ensuite les lambeaux dans de l'eau salée en attendant leur application. Pansement aseptique vaseliné. La *greffe cutanée* ne diffère de la précédente que par l'épaisseur du lambeau qui comprend la peau tout entière.

On prépare l'ulcère comme dans le procédé de Thiersch. Puis on dessine avec la pointe d'un bistouri sur la face antérieure de la cuisse des petits carrés de 1 centimètre environ de surface, on les dissèque jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, on les applique ensuite sur la surface de l'ulcère en les étalant du mieux possible. Pansement rare à la vaseline,

4° Autoplastie.

L'autoplastie est une méthode qui remonte à la plus haute antiquité : mais son emploi dans le traitement curatif des ulcères variqueux est tout récent, Hofmokl de Vienne paraît avoir été le premier à l'appliquer dans cette affection, bientôt suivi d'ailleurs par Poncet et Berger en 1888.

Les différents temps que comporte cette opération sont les suivants :

a) *Avivement de l'ulcère ;*

b) *Dissection du lambeau ;* peut appartenir au sujet lui-même ou être emprunté à un autre sujet ; doit être un 1/3 plus grand que la surface à recouvrir ;

c) *La réunion ; suture aux bords de la plaie ;*

d) *Pansement à la gaze iodoformée.*

5° Ligature ou résection de la saphène interne.

Cette intervention est presque aussi vieille que le monde ; dès la plus haute antiquité elle fut mise en pratique pour la cure radicale des varices, et le premier cas nous est conté par Plutarque (traduct. Amyot) :

« Marius s'estant mis entre les mains des chirurgiens, car il avait les jambes et les cuisses pleines

de grosses veines, et s'en faschant, parce que c'était chose fort laide à voir, bailla l'une de ses jambes au chirurgien pour y besongner, sans vouloir être lié, comme a accoutumé de faire en cas semblables, et endura patiemment toutes les extrêmes angoisses de douleur qu'il estait forcé qu'il sentit quand on l'incisait, sans remuer, sans gémir ni soupirer, avec un visage constant et assuré sans jamais dire un seul mot. »

Celse au 1^{er} siècle décrit l'extirpation et s'en montre partisan.

Plus tard Paré écrit : « on coupe souventes fois la veine en dedans de la cuisse, un peu au-dessus du genou... La ligature doit être laissée jusqu'à ce qu'elle tombe de soi même. » (Cité par Cordebart. Thèse Paris, 1893.)

Puis Dionis, décrit l'opération telle qu'on la concevait à son époque : « La deuxième manière d'opérer est de marquer avec de l'encre la peau qui est sur la varice et de la marquer le long de trois travers de doigt, de soulever ensuite cette peau en la pinçant, de faire couper la peau à l'endroit marqué et l'ayant relâchée de disséquer le vaisseau variqueux et passer par dessous une aiguille enfilée de deux fils, de couper ces fils proche l'aiguille, d'en couler l'un au-dessus de la varice l'autre beaucoup au-dessous, de lier ces fils à un bon ponce l'un de l'autre, pour avoir la liberté de couper la veine entre les deux fils ou de la laisser si on juge à propos » (*Cours*

d'opérations de chirurgie démontrées au Jardin Royal, Paris 1714.)

Elle fut plus tard pratiquée par J.-L. Petit en France, et par Everard Home en 1799 qui l'employa le premier pour la cure radicale des ulcères variqueux.

Richerand et Boyer eurent recours à cette méthode et comptèrent plusieurs succès.

Mais elle tomba ensuite dans l'oubli à cause des accidents infectieux : phlébites, infections purulentes, auxquels elle aboutissait souvent.

Survint alors la méthode antiseptique : la ligature de la saphène fut alors reprise avec succès.

Dans la thèse de Charrade (1890) on trouve pour la première fois une observation due à M. Schwartz, et datant de 1885 où est notée la guérison d'un ulcère variqueux à la suite de résection de la saphène interne. D'ailleurs en 1887, M. Schwartz avait fait à la Société de chirurgie une communication dans laquelle il signale trois cas de cicatrisation d'ulcères variqueux rebelles par la ligature de la saphène interne.

En 1890 parut le mémoire de Trendelenburg intitulé *De la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de jambe*. Et dès ce moment ce mode opératoire fut désigné sous le nom de procédé de Trendelenburg.

Ricard fait ensuite, de parti pris, la ligature de la saphène interne dans les cas d'ulcères variqueux

rebelles ; ses résultats furent publiés dans la thèse d'Archambault (1894).

Il existe deux procédés pour faire la ligature de la saphène.

Le premier procédé ou ligature percutanée, préconisé par Montas de Grenoble est actuellement abandonné. On procédait de la façon suivante : à l'aide d'une aiguille courbe, on faisait passer à travers la peau et sous la veine un fil dont on liait les deux chefs, comprenant ainsi dans la ligature, le vaisseau, un peu de tissu cellulaire et un peu de peau. Le sphacèle fréquent de la peau fit abandonner ce procédé.

Le deuxième procédé ou opération de Trendelenburg comprend cinq temps, l'application préalable d'un lien circulaire à la racine du membre sur lequel on va opérer n'étant pas comprise dans ces cinq phases de l'opération.

1^{er} temps : incision cutanée de longueur variable selon la longueur de vaisseau que l'on veut réséquer et située en dehors de celui-ci.

2^e temps : libération de la veine avec la sonde cannelée.

3^e Temps. — Placer deux ligatures sur la veine en commençant par la ligature supérieure.

4^e Temps. — Enlever par deux coups de ciseaux la portion de la veine comprise entre les deux ligatures.

5^e Temps. — Suture au crin de Florence des lèvres de l'incision cutanée.

On peut répéter l'opération à différentes hauteurs, autant de fois qu'il y a de paquets variqueux isolés et que l'on veut enlever.

Le chloroforme n'est point nécessaire, l'anesthésie locale à la cocaïne étant suffisante.

6° *Elongation des nerfs.*

En 1894, le Dr Chipault eut l'idée d'essayer si l'élongation des nerfs correspondant au territoire cutané d'un mal perforant plantaire n'aurait pas pour effet d'amener la réparation plus rapide de celui-ci, et en septembre 1895, il publiait dans la *Presse médicale* cinq observations de maux perforants plantaires traités et guéris par l'élongation des nerfs. L'importance des troubles trophiques observés dans les ulcères variqueux l'amena ensuite à employer cette méthode comme traitement de cette affection, et dans une communication faite à la Société de biologie le 4 mai 1899 il signale 3 cas de guérison. Enfin, au mois de juillet de la même année la thèse de Fougères faite d'après les indications de Chipault publie cinq cas d'ulcères variqueux guéris par ce procédé.

Les effets physiologiques de l'élongation des nerfs étaient déjà connus bien avant que M. Chipault eût préconisé cette intervention, car les travaux de Harless et Haber (1858), de Hausser (1861) avaient

déjà signalé les phénomènes produits dans le territoire d'un nerf à la suite de son élongation.

Mais Chipault doit néanmoins être considéré comme le créateur de la méthode.

L'intervention proprement dite comprend trois temps principaux : la découverte du nerf, son élongation, le traitement de l'ulcère ; mais avant d'en faire la description il nous faut établir les propositions générales suivantes :

1° L'élongation doit porter sur un nerf sensitif ou sur un nerf mixte et bien entendu sur le nerf dont dépend le territoire à traiter. La topographie nerveuse de la jambe comprend deux grands territoires, celui du saphène interne, branche terminale du crural, occupant le côté interne de la jambe ; celui du cutané péronier, branche du sciatique poplité externe, situé sur le côté externe. Ces deux territoires se rejoignent en avant dans la plus grande partie de leur étendue ; ce n'est que dans le $1/3$ inférieur de la jambe qu'ils sont séparés l'un de l'autre par la partie la plus élevée du territoire du musculo-cutané qui s'avance entre les deux à la façon d'un coin. En arrière les deux territoires sont séparés dans toute la hauteur de la jambe par une zone innervée en haut par les branches terminales du petit sciatique et en bas par le saphène externe.

Ces quelques considérations anatomiques nous indiquent sur quel nerf particulier devra porter l'élongation ; la plus souvent indiquée sera celle du saphène interne puisque le siège le plus habituel des

ulcères variqueux est à la partie inférieure de la face antéro-interne de la jambe.

2° Si le territoire de l'ulcère est sous la dépendance de deux innervations on doit faire deux elongations.

3° L'elongation sera faite ni trop loin, ni trop près de l'ulcère.

Le premier temps de l'opération consiste à faire la découverte du nerf; il est évident que le manuel opératoire est différent selon le nerf dont on veut faire l'elongation. La découverte la plus fréquente étant celle du saphène interne nous nous bornerons à décrire celle-ci.

Le bord externe du muscle couturier est pris comme point de repère; un peu en dedans de ce bord on fait une incision de six centimètres dont l'extrémité inférieure descendra sur le quart inférieur de la cuisse; on incise la gaine du couturier; on écarte ce muscle à l'aide d'un crochet mousse; on aperçoit alors une lame aponévrotique déprimée en un point qui correspond au sillon qui sépare le vaste interne du long adducteur; en cherchant en ce point on trouvera le nerf qui entoure le tendon du troisième adducteur.

Le nerf découvert et isolé on pratique le deuxième temps de l'opération: son elongation. Celle-ci sera faite, dit M. Chipault, lentement et avec précaution, à l'aide de tractions exercées sur sa partie périphérique. Les tractions opérées, le nerf est replacé dans sa loge et l'on referme la plaie.

On passe alors au troisième temps : l'excision de l'ulcère et la suture des lèvres de la plaie, ou si l'ulcère est trop étendu on emploie la méthode des greffes.

7^e *Dissociation fasciculaire du nerf sciatique.*

Cette méthode appelée neuro-thripsie ou hersage est toute récente, et son origine est la suivante : Après la communication de Quénu, au Congrès de chirurgie de 1892, nombre de chirurgiens avaient coutume de traiter la sciatique rebelle des variqueux par la ligature des veines et la résection des varices péri-nerveuses au niveau de l'échancrure sciatique. Or, en 1895, Delagenière appliquant le procédé se trouva en présence d'un nerf autour duquel il n'existait pas de varices assez volumineuses pour amener sa compression mais dans l'épaisseur duquel on pouvait voir de petites dilatations variqueuses : il dissocia alors les vaisseaux des nerfs avec une pince hémostatique, détruisit ces petites varices intra-fasciculaires et la guérison fut le résultat de cette intervention. En 1896, cas identique de Gérard-Marchant.

La méthode fut ensuite appliquée à la cure des ulcères variqueux et ses résultats furent rapportés d'abord à la Société de Biologie en 1899. En décembre 1903 parut la thèse de Silvy, qui, faite d'après les indications de Gérard-Marchant, relate de nombreux succès de cette méthode.

Elle comprend deux temps principaux : la découverte du sciatique, sa dissociation.

Le malade étant couché sur le ventre, on prend comme point de repère, l'ischion et à deux travers de doigt en dehors de lui, parallèlement à l'axe du membre on fait une incision de 6 centimètres (P. Delbet). L'extrémité supérieure de l'incision remonte sur la face postérieure du grand fessier de deux centimètres environ. On coupe la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, on récline en haut le grand fessier, on sent le bord interne du tendon du biceps, et, immédiatement en-dessous on trouve le tronc du sciatique que l'on attire au dehors.

La dissociation sera faite avec la sonde cannelée que l'on fera mouvoir selon la longueur du nerf.

8^e *Incision circonférentielle de jambe.*

Plus communément désignée sous le nom de méthode de Moreschi, cette intervention est de toutes, la plus récente et pour l'exposer nous ne saurions mieux faire que de résumer l'article dans lequel l'auteur fit connaître son procédé opératoire (*Clinica chirurgica*, 28 febbraio, anno VII, n^o 2, p. 89).

Selon Moreschi, la véritable cure radicale des varices doit répondre à trois desiderata :

1^o Interrompre et diviser la colonne sanguine qui, par son poids, distend les parois veineuses et les altère.

2^o Empêcher le sang de revenir par les collatéra-

les dans le réseau d'où il a été momentanément chassé.

3° Obtenir le rétrécissement des veines et même leur oblitération.

L'acte opératoire comprend les temps suivants :

I. — Après chloroformisation du malade et pose de la bande élastique on fait, à au moins 4 centimètres au-dessus des limites supérieures de l'ulcère une incision circulaire. On écarte les lèvres de l'incision cutanée, on cherche les veines et on les excise entre deux ligatures ou deux pinces.

On incise ensuite les tissus jusqu'à l'aponévrose qui doit être mise à nu sur une grande étendue par raclage des tissus. Cette dénudation est un temps très important, parce qu'elle déchire les veines communicantes et interrompt ainsi, à ce niveau, le passage entre les deux systèmes des saphènes et des veines profondes.

On réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture. Moreschi préfère cependant la réunion par seconde intention qui donne une cicatrice plus large et rend encore plus difficile le rétablissement de la circulation.

II. — On pratique ensuite, à environ un centimètre au-dessus des malléoles, une seconde incision qui arrive jusqu'à l'aponévrose, laquelle devra aussi être dénudée dans une certaine étendue. La dénudation de l'aponévrose permet ici, chez les sujets peu gras, de voir par transparence les veines profondes, qui çà et là, au moyen de petites boutonnières pour-

ront être pincées et réséquées. On passe ensuite çà et là quelques points de suture plutôt pour avoisiner les lèvres que pour faire réunir par première intention.

III. — Dans un troisième temps on peut curetter la surface de l'ulcère et même pratiquer des greffes dermo-épidermiques si l'ulcère est trop étendu.

« Quant à l'objection qui a été faite à mon procédé, ajoute Moreschi, de ne s'attaquer qu'aux veines superficielles, je répondrai que l'incision inférieure, en mettant à nu l'aponévrose jambière permet d'atteindre facilement à travers cette aponévrose, les veines tibiales antérieure et postérieure et péronière, de les lier ou de les réséquer. On s'attaquera à telle ou telle veine selon les cas ».

Au moment où Moreschi publia son mémoire, il existait, à la connaissance de l'auteur, 52 cas traités et guéris par son procédé : la plupart de ces malades avaient subi auparavant d'autres interventions telles que résection des saphènes, circonvallation, greffes, etc... L'absence de récurrence montre la supériorité de cette méthode opératoire.

Mariani la modifia ensuite en supprimant l'incision sus-malléolaire : il ne fait qu'une incision unique, très peu au-dessus de la limite supérieure de l'ulcère, en plein mollet avec la même technique que Moreschi.

En 1900 Vince (de Bruxelles) indique un reproche fait à la méthode de Moreschi, celui de laisser persister dans la partie supérieure de la cuisse un *circulus viciosus*. L'absence ou l'insuffisance des valvules

à la partie supérieure de la saphène fait qu'une partie du sang conduit par la fémorale reflue dans la saphène, d'où la possibilité de troubles nutritifs nouveaux. Pour obvier à cet état de choses, ajoute-t-il, il suffit de compléter le procédé de Moreschi par la ligature de la saphène au niveau de son abouchement.

Pour éviter les effets d'une trop grande rétraction cicatricielle, Paul Delbet apporte ensuite au procédé la modification suivante : il trace une incision presque demi-circulaire en avant et une deuxième, semblable en arrière du membre ; puis il réunit les extrémités de ces deux demi-circonférences par une ligne brisée en V.

Dans une leçon clinique faite à l'hôpital Necker le 20 août 1891, M. Maucclair qualifie la méthode de Moreschi de « méthode combinante », car elle emprunte à plusieurs des autres une partie de leurs moyens d'action. Il propose ensuite une méthode *ultra combinante* : il donne aux incisions circonférentielles une direction sinueuse ou en guirlande, il fait ensuite trois ligatures superposées de la saphène, puis la circonvallation de l'ulcère.

Le procédé de Reclus ne diffère de celui de Mariani que par le siège de l'incision ; celle-ci, au lieu de porter à un ou deux centimètres au-dessus des limites de l'ulcère, est tracée à la partie la plus élevée du mollet, au niveau de la jarretière. Aussi est-il souvent désigné sous le nom de « procédé de la jarretière ».

Enfin, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, de juin 1903, le Dr J. Brault fit connaître une dernière modification du procédé de Moreschi :

« Dans le but d'obtenir une cicatrice moins apparente et moins constrictive, j'ai pensé à faire seulement un fer à cheval postéro-interne et à réunir immédiatement. L'incision part sur la face interne du tibia, près de son bord interne, et s'arrête en dehors et en avant sur le périnée ; le tracé encercle environ les trois-quarts de la circonférence du membre ; cette incision permet d'atteindre tous les groupes veineux importants ; il en est de même pour les nerfs superficiels.

« En outre, dans le but d'atteindre plus facilement tous les nerfs cutanés et le groupe postérieur des veines (saphène externe), j'ai pensé qu'il valait mieux rester à la partie moyenne du mollet, tout en incisant non seulement les téguments, mais encore l'aponévrose d'enveloppe ».

CHAPITRE III

Etude critique et Indications.

I. — ETUDE CRITIQUE

1° *Incision circonférentielle de l'ulcère.*

Cette intervention peut tout d'abord sembler irrationnelle et le fait de créer tout autour d'une plaie rebelle, sur des tissus à vitalité amoindrie une nouvelle plaie, plus étendue encore que la première sous le prétexte de la guérir, paraît tout du moins paradoxal. Et cependant les succès de Dolbeau, alors même que l'antisepsie était encore inconnue sont indéniables.

On reprocha ensuite à cette méthode d'être une opération sanglante, douloureuse, exposant aux complications des plaies et à la phlébite. M. le professeur Berger répondit à ceci (*France médicale* 1875, p. 323): « Je n'ai jamais observé de phlébites

à la suite des incisions circonférentielles. Ne sait-on point d'ailleurs, combien est peu dangereuse, la section des veines variqueuses. De plus l'opération est peu douloureuse, car la peau qui entoure les ulcères variqueux présente d'ordinaire une sorte d'assouplissement de la sensibilité ».

Une objection plus importante est celle de l'hémorrhagie qu'elle détermine. Dans nombre d'observations, en effet, nous l'avons vue rapportée.

2^o *Scarifications.*

L'objection principale qui a été faite à cette méthode c'est qu'elle ne diminue pas notablement la durée d'un ulcère variqueux. La thèse de Chaussat faite d'après les indications de Vidal contient cinq observations; sur cinq cas publiés dans cette thèse, deux malades étaient syphilitiques et étaient traités en même temps par l'iode de potassium. Dans un autre cas la guérison se fit attendre quatre mois,

3^o *Méthode des greffes.*

La greffe épidermique ne paraît pas avoir donné de résultats bien satisfaisants; la récurrence s'est montrée très souvent, car la peau qui recouvre la cicatrice est mince, peu résistante, peu souple et comme parcheminée. Dès lors le plus petit traumatisme, un frottement un peu rude suffira à produire

une solution de continuité dont les limites auront une extension rapide ce qui ramènera l'ulcère à ses dimensions primitives.

Les greffes dermo-épidermique et cutanée ne paraissent pas non plus donner de bons résultats ; car toutes ces méthodes s'adressent à l'ulcère lui-même et non à la cause de cet ulcère.

4° *L'autoplastie* est un procédé qui peut réussir dans de petites pertes de substance mais ne saurait convenir aux ulcères étendus.

5° *Résection de la saphène.*

C'est une idée pathogénique qui fit naître cette intervention ; elle était donc justifiée, mais les résultats n'ont pas toujours répondu aux espérances.

Il est cependant des cas où cette intervention peut rendre des services ; d'abord lorsque l'ulcère est accompagné de dilatations variqueuses énormes et douloureuses, ensuite lorsqu'il est le siège d'hémorrhagies. Mais l'opération a-t-elle une influence directe sur la marche de l'ulcère ? Il devrait, sans doute, en être ainsi, si l'ulcère dit variqueux reconnaissait cette seule pathogénie.

Les accidents déterminés par ce procédé sont rares. On a cependant cité la rétention d'urine et on l'a expliquée par l'exagération des varices de la vessie à la suite de l'ablation des varices des membres.

6° *Elongation des nerfs.*

Cette intervention est née aussi d'une idée pathogénique. Une première objection s'impose ; c'est que ce procédé n'est possible que dans les cas de petits ulcères, et si l'on a à traiter un ulcère très étendu, intéressant par exemple les faces antéro-externe, postérieure et interne de la jambe, on ne peut évidemment pas en rapprocher les bords au moyen de points de suture même très lâches. Mais dans les cas où ces sutures sont possibles, l'intervention est à tenter.

A la suite de l'intervention, on a observé des douleurs en éclair dans le membre opéré, une fois même il y a eu de l'œdème du pied, des troubles trophiques.

7° *Dissociation fasciculaire du nerf sciatique.*

Cette méthode est toute récente ; aussi est-il plus difficile de la juger. Elle a néanmoins donné quelques bons résultats, mais par contre, certains malades se plaignent d'élançements douloureux et de fourmillements douloureux après l'opération. Dans un cas même, revu au bout de six mois, le malade se plaignait encore d'engourdissement des orteils avec refroidissement des orteils (Th. Silvy, 1900).

8° *Incision circonférentielle de jambe.*

Cette méthode provoqua tout d'abord l'enthousiasme des chirurgiens italiens, mais de nombreux reproches lui furent faits dans la suite (œdème du pied existant encore plusieurs mois après l'opération, retard notable de la cicatrisation de l'incision inférieure, douleurs au niveau de la cicatrice sus-malléolaire, difficultés d'application de la méthode quand l'ulcère dépasse les malléoles). Cependant nombre de cas heureux ont été observés. Dans une étude récente le Dr Brault a insisté encore sur ce fait que la cicatrisation de l'ulcère n'est pas le seul bénéfice que l'on retire de cette méthode ; en effet, peu de temps après l'intervention, les dilatations variqueuses ont nettement diminué en amont et en avant de l'incision, les varices sont devenues tolérantes et les douleurs ont disparu.

II. — Telles sont les différentes interventions proposées pour la cure radicale des ulcères variqueux et telles les principales objections que l'on peut adresser à chacune d'elles. Quel que soit le nombre de ces objections on peut dire d'une façon générale que le traitement chirurgical des ulcères de jambe est logique puisqu'il s'adresse aux causes elles-mêmes : état variqueux par insuffisance valvulaire, troubles trophiques et altération de la nutrition du territoire ulcéré résultant de ces deux données pathogéniques.

Chacune de ces méthodes est bonne dans tel cas et une seule intervention ne peut réussir dans tous les cas. Au point de vue du traitement chirurgical des ulcères variqueux, il convient de les diviser en ulcères récents et peu étendus, et en ulcères anciens et étendus. Aux premiers on opposera avec succès la greffe de Thiersch, les scarifications, l'élongation des nerfs.

Les ulcères anciens, rebelles, étendus, siégeant sur la face antéro-interne et accompagnés de dilata-tions veineuses seront traités par la résection de la saphène interne ; cette veine sera réséquée sur une grande partie de de son trajet.

Les ulcères rebelles, annulaires ou externes seront traités par l'incision circonférentielle de la jambe.

Les ligatures de la saphène interne sont insuffli-santes ; la résection large sur toute la hauteur de la cuisse est préférable.

Les cicatrices d'ulcères sont différentes selon le procédé employé : les meilleures, les plus souples et les plus solides sont celles obtenues par la résection de la saphène interne.

OBSERVATIONS

Incision circonférentielle de l'ulcère.

OBSERVATION I (résumée).

(in thèse CAILLETON).

Ulcère datant de 10 ans. Très étendu, 14 cm. 1/2 sur 22.
Surface atone, bords sclérosés. Guérison en deux mois.

S..., 60 ans, cocher de fiacre, entre à Tenon 29 novembre 1900, pour ulcère de la jambe gauche. Pas de stigmates de syphilis, mais alcoolisme manifeste ; variqueux depuis de longues années.

Début de l'ulcère il y a 10 ans. Entre à Saint-Louis. N'y reste que dix jours, l'ulcère n'étant pas complètement cicatrisé. Depuis alternatives d'amélioration et d'aggravation ; aussi, stages plus ou moins longs dans divers hôpitaux, mais depuis 1890, jamais cicatrisation complète.

A son entrée à Tenon : Ulcère aux 2/3 inférieurs de la jambe gauche entourant les faces antérieure, externe, postérieure, et grande partie de la face interne où il n'est interrompu que par une mince bandelette de peau violacée, n'ayant pas plus

de 1 centimètre de largeur. S'étend le plus en hauteur sur la face externe : 14 cm. 1/2.

Bords irréguliers, durs et sclérosés à la partie inférieure. Fond rougeâtre. Bourgeons peu vivants à la partie supérieure. A la partie inférieure peu de bourgeons charnus.

Ectasie veineuse peu prononcée.

Pendant 15 jours, pansements, repos : ulcère reste stationnaire.

15 décembre. — M. Félizet fait incision circonférentielle de l'ulcère.

22 décembre. — Lèvres de l'incision très éloignées l'une de l'autre ; prolifération épidermique notable surtout à la face interne.

31 décembre. — Cicatrisation continue.

26 janvier. — N'existe plus qu'une ulcération sur la face antérieure externe de la jambe, mesurant une hauteur de 4 cm. 1/2 sur 2 centimètres environ.

15 février. — Ulcère complètement guéri. Malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION II (résumée).

(D^r L. LABBÉ, *in* thèse de TRIPIER).

Ulcère variqueux datant de 13 ans, 15 cm. sur 8 1/2.

Guérison en moins d'un mois.

Marie P..., blanchisseuse, entre à Beaumont pour vaste ulcère de jambe datant de 13 ans. Dimensions de l'ulcère : 15 centimètres sur 8 1/2, région interne et postérieure de la

jambe. Incision circonférentielle après deux jours de repos le 14 mai. Pansements rares. Malade quitte l'hôpital le 7 juin complètement guérie.

OBSERVATION III (résumée).

(in thèse CAILLETON).

Ulcères variqueux multiples de la jambe gauche datant de 8 ans. Guérison en un mois. Pas de récurrence au bout d'un an.

M. V..., 56 ans, entre à Tenon 1^{er} février 1900, pour ulcères multiples de la jambe gauche.

Antécédents héréditaires et personnels nuls. Variqueux depuis plus de 20 ans.

Début de ses ulcères il y a 8 ans ; l'un des quatre date de cette époque, les trois autres ne sont apparus qu'il y a 6 mois.

A son entrée : 4 ulcérations au 1/3 moyen de jambe gauche ; trois sur la face interne, une à la face antéro-externe. Dilatations variqueuses légères. Léger œdème. Pansements, repos, durant 15 jours ; aucun résultat.

15 février. — M. Félizet fait incisions circonférentielles autour de chacun de ces ulcères.

12 mars. — Malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Un an après : pas de récurrence.

OBSERVATION IV (résumée).

(in thèse CAILLETON).

Ulcères variqueux des deux jambes datant de 10 ans, très étendus, rebelles ; cicatrisation de l'un en 3 mois : sur l'autre on a fait des greffes de Thiersch sans succès et à leur suite l'incision circonférentielle de Dolbeau qui a amené la cicatrisation.

L. M..., 41 ans, entre à Boucicaut, 8 juin 1900. Variqueux depuis très longtemps. Ulcères apparus il y a 10 ans.

A la jambe gauche, au niveau du $\frac{1}{3}$ inférieur de la face interne, ulcère de la dimension de la paume de la main : fond grisâtre, anfractueux, avec des bourgeons violacés. Bords indurés. Aspect éléphantiasique du membre.

Sur la jambe droite, ulcère plus étendu, faisant presque le tour de la jambe au niveau du $\frac{1}{3}$ inférieur.

22 juin. — Gérard-Marchant fait circonvallation des deux ulcères à 2 centimètres des bords. Hémorrhagie très abondante, arrêtée par bande d'Esmarch. Pansement sec.

7 juillet. — Tendance manifeste à la cicatrisation.

25 septembre. — Ulcère de la jambe gauche presque cicatrisé.

2 octobre. — Les deux ulcères sont atones sans tendance à la réparation.

10 octobre. — Curettage et greffes de Thiersch.

3 novembre. — Les greffes n'ont réussi qu'en partie, de sorte qu'on fait à la cocaïne une incision circonférentielle autour des deux ulcères.

15 janvier. — Guérison complète.

OBSERVATION V (résumée).

(in thèse CHEVALIER).

**Ulcère variqueux de la jambe droite. Incision
circonférentielle. Guérison au bout de 34 jours.**

T. E..., 41 ans, entre 22 juillet 1884, à Lariboisière. Ancien variqueux.

Depuis 10 ans, après traumatisme, ulcère de la jambe droite, tiers inférieur, région externe. Dimensions : 6 centimètres dans tous les sens.

23 juillet. — B. Anger pratique incision circonférentielle.

20 août. — Cicatrisation à peu près complète.

27 août. — Guérison absolue ; le malade sort de l'hôpital.

1^{er} octobre. — Persistance de la cicatrisation qui paraît définitive.

Scarifications

OBSERVATION VI (résumée).

(in thèse CHAUSSAT).

**Ulcère étendu de la jambe droite. A mis quatre mois
pour guérir par les scarifications.**

Ch. Augustine, 52 ans, blanchisseuse, entre 12 octobre
salle Saint-Jean, service de Vidal.

Antécédents héréditaires. — Nuls

Antécédents personnels. — Variole à 10 ans, pas d'alcoolisme.

Il y a 8 ans, a reçu un coup à la région tibiale de la jambe droite, 6 mois après, hémorrhagie à ce niveau, à laquelle succéda une plaie petite, mais sans tendance à la cicatrisation. Quelques mois après, nouvelle rupture, nouvelle hémorrhagie. Depuis ce moment l'ulcère a augmenté jusqu'au moment où la malade entre dans le service.

Actuellement : Ulcère de la partie moyenne et interne de la jambe droite, mesurant 16 cm. 1/2 sur 7 1/2, bords durs, sinueux, formant gros bourrelet saillant tout autour de la plaie. Fond déprimé, couvert de bourgeons charnus, de couleur gris sale. Œdème dur ne dépassant pas les malléoles. Quelques varices superficielles sur la jambe ulcérée ; les varices profondes sont en plus grand nombre.

Application de cataplasmes d'amidon pendant 8 jours.

19 octobre. — Scarifications des bords de l'ulcère. Application de cataplasmes.

20 octobre. — Les bords sont déjà affaissés.

25 octobre. — La cicatrisation commence à la partie inférieure.

La quantité de pus est encore abondante et fétide. On remplace les cataplasmes par la poudre de bicarbonate de fer.

3 novembre. — La plaie est en pleine voie de cicatrisation. Les bourgeons charnus commencent à se développer sur le fond de l'ulcère ; la quantité de pus est notablement diminuée et moins fétide.

3 février. — L'ulcère est presque complètement cicatrisé.

16 février. — Guérison complète.

OBSERVATION VII (résumée)

(In thèse CHAUSSAT).

Ulcère étendu; guérison complète en un mois, mais lymphangite après l'intervention.

R..., 51 ans, propriétaire, entre le 15 juin 1882 à Saint-Louis.

Antécédents héréditaires nuls. *Antécédents personnels*. — Quelques manifestations rhumatismales. Pas de syphilis ni d'alcoolisme.

Varices des deux jambes depuis l'âge de 25 ans. Ulcération également des deux jambes, survenant à des intervalles plus ou moins éloignés.

Actuellement, ulcère au 1/3 inférieur de la jambe gauche de 8 cm. sur 10 cm. Bords irréguliers, durs, taillés à pic, surface fortement déprimée, couverte de bourgeons charnus d'un rouge plafond. Téguments lisses, épaissis, complètement sclérosés.

Repos au lit et cataplasme d'amidon sur les parties ulcérées pendant 5 jours.

20 juin. — L'inflammation a diminué, mais n'est pas complètement disparue. Malgré cela, scarification à la partie interne de l'ulcère.

21 février. — Les parties scarifiées sont affaissées; petite poussée de lymphangite accompagnée d'un léger mouvement fébrile et d'un peu d'embarras gastrique. Les parties environnantes sont rouges et enflammées. Application de cataplasmes.

22 juin. — Plus de rougeur. Plus de fièvre.

27 juin. — L'ulcère du côté interne (partie scarifiée) presque cicatrisé, on scarifie la partie externe.

7 juillet. — Malade quitte l'hôpital; simple plaie de largeur d'une pièce de 50 centimes,

OBSERVATION VIII (résumée).

(VIDAL, *In* thèse CHAUSSAT).

Ulcère petit, 5 cm. sur 6 cm. Lymphangite après scarification. Malade syphilitique.

B..., 56 ans, ménagère, entre le 19 décembre 1882 à Saint-Louis.

Manifestations scrofuleuses dans l'enfance. Syphilis en 1870.

Il y a 3 mois environ, fut traitée dans le service de M. Besnier pour adénite sterno-mastoïdienne, par l'iodure de potassium et le vigo.

A son entrée : cicatrices déprimées aux deux jambes. A la partie interne de la jambe gauche, ulcère à bords surélevés.

Fond dépourvu de bourgeons charnus, gris sale, dimensions 5 cm. sur 6 cm.

Autre ulcération plus petite au niveau de la malléole.

(Édème considérable du cou-de-pied.

Iodure de potassium et pansement.

Le 26 décembre. — M. Vidal croit que l'ulcère peut tenir aussi bien aux varices qu'à la syphilis. — Scarifications. A la

suite on observe une température de 38° et une poussée de lymphangite.

Pansement légèrement compressif.

Le 8 janvier. — Les bourgeons charnus commencent à se développer sur les bords ; le fond a pris une couleur rouge vif, mais la quantité du pus est encore considérable.

Au moment où la malade sort de l'hôpital, l'ulcère mesure encore 1 cm. 1/2 sur 3 cent.

En réalité cette observation ne prouve pas grand chose, la malade syphilitique, ayant été à la fois, traitée par le traitement spécifique et par les scarifications ; elle est d'autre part sortie de l'hôpital incomplètement guérie. La seule raison qui nous a fait reproduire cette observation, c'est qu'elle est due à Vidal lui-même.

3. Greffes.

OBSERVATION IX (résumée).

(In thèse CAILLETON).

Ulcère datant de deux ans. Greffes dermo-épidermiques après excision et curettage. Guérison en 2 mois.

P. J..., briquetier, 30 ans, entre à Tenon, 18 déc. 1900 pour ulcère de jambe.

Antécédents héréditaires et personnels. — Il y a 2 ans, blessé par une pierre à la partie externe de la jambe droite, au 1/3 inférieur ; garde le lit quelques jours, puis reprend son travail

avec une plaie qui, à force de pansements finit par se cicatriser en partie car il subsiste toujours une plaie de la dimension d'une pièce de 5 francs.

Depuis 18 mois, cette plaie sans cause apparente, s'est mise à s'agrandir, malgré les pansements humides, le vigo et le diachylon.

Actuellement à la partie antéro-externe de la jambe droite, ulcère de 16 cm. de hauteur et large de 6 cm. Bourgeons charnus exubérants varices légères.

10 janvier.— Anesthésie à la cocaïne lombaire, excision et curettage des bourgeons charnus.

14 janvier.— Légère suppuration, léger bourgeonnement.

16 janvier.— Toute la surface de l'ulcère est bourgeonnante.

26 janvier.— Anesthésie à la cocaïne lombaire. Greffes dermo-épidermiques. Pansement vaseliné.

6 février.— 1^{er} pansement; une seule greffe n'a pas pris; il y a de la suppuration.

20 mars.— Le malade quitte l'hôpital. Il reste une perte de substance large d'environ une pièce de un franc.

OBSERVATION X (résumée).

In thèse CAILLETON

Ulcère datant de 6 mois 16 greffes cutanées.
dont 9 seulement ont pris. Guérison en 4 mois.

L., boucher, 28 ans, entre à l'hôpital le 24 octobre 1900. Refusé au service militaire pour varices. Il y a 8 mois traumatisme déterminant plaie à la partie interne de la jambe droite. Cette plaie alla toujours s'agrandissant. Actuellement : dimensions : 10 cm. sur 8 cm. Fond bourgeonnant. Bords non

sclérosés. Pendant 10 jours, repos, pansements humides : pas de résultat.

4 octobre.—Avec une cuvette on avive les bourgeons charnus on prend sur la face antérieure de la cuisse gauche 16 greffes cutanées que l'on met sur l'ulcération. Pansement vaseliné.

15 novembre. — 9 greffes ont pris.

23 novembre. — Les greffes restantes ont bon aspect.

15 décembre. — La surface de l'ulcère a diminué.

20 décembre.— Le malade guéri quitte l'hôpital.

4^e Autoplastie.

OBSERVATION XI (résumée).

(due à Hofmokl).

Jeune femme de 24 ans, présentant un ulcère de la jambe gauche.

Dimensions : 3 pouces de long sur 2 pouces 1/2. Situé au-dessus du cou-de-pied.

Du 30 janvier au 6 février. — Compresses trempées dans une solution de potasse caustique. Pas de mieux,

Le 6 février.— On eut à amputer la main à un homme de 20 ans qui avait, tout en jouissant d'une santé excellente, une carie des os du carpe ; 8 minutes après l'opération M. Hofmokl détacha de la plaie de la main amputée un carré de peau qu'il appliqua sur l'ulcère de la malade, en le fixant à l'aide d'une bande et d'une plaque de bois. On

leva l'appareil au bout de 24 heures : la peau était solidement implantée, sa couleur n'avait pas changé.

Le pansement fut renouvelé tous les jours.

Dès le 17 mars guérison complète. A peine pouvait-on s'apercevoir de l'opération qui avait été faite.

OBSERVATION XII

(M. GIOVANONE. *In* thèse TRIPIER, 1890).

Autoplastie faite avec un scrotum. Guérison en un mois.

L.... 70 ans, entre à Tenon le 16 avril 1890.

Antécédents héréditaires et personnels nuls. — Ulcère variqueux à la jambe droite, sa surface à contours irréguliers, empiète sur les $\frac{2}{3}$ de la circonférence de la jambe. Bourgeons de mauvaise nature : bords épais, infiltrés. Du 16 avril au 6 mai, pansements à l'iodoforme, pas de résultats.

Le 6 mai. — M. Reynier opérait un varicoécèle : le lambeau scrotal abandonné sur la table d'opération, fut pris au bout d'une demi-heure et appliqué sur l'ulcère, après lui avoir enlevé assez grossièrement une partie de son tissu cellulaire et avoir par quelques coups de bistouri, avivé la surface de l'ulcère qui fut recouvert d'une façon complète. Des bandelettes de diachylon le tiennent en place.

Le 10 mai. — Adhérence du lambeau à l'ulcère.

Le 20 mai. — Cicatrisation à peu près complète.

Le malade fut revu 5 mois après, il était complètement guéri.

5° Résection de la saphène.

OBSERVATION XIII

M. SAUVÉ.

Ulcère de la jambe droite. Résection de la saphène interne. Guérison. Pas de récidence.

F..., A., 52 ans, corroyeur, entre le 20 janvier 1903 à la Pitié, service de M. Terrier.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A des varices depuis une vingtaine d'années.

Il y a deux ans, a eu deux ulcères variqueux de la jambe droite pour lesquels il est resté 6 semaines à Cochin ; il est sorti de cet hôpital complètement guéri.

Il y a un an environ, le malade a vu sur la face interne de la jambe droite, à quelques centimètres au-dessous de la malléole interne une légère ulcération qui s'est étendue peu à peu.

Trois mois après environ, apparition d'une deuxième ulcération, immédiatement en dedans de la crête interne du tibia et un peu plus haut que la première, elle s'étendit aussi progressivement.

Enfin il y a six semaines, une troisième ulcération s'est produite encore fort peu développée.

Actuellement, 3 ulcères sur la jambe droite.

Le 1^{er} est situé sur la face interne, à 4 centimètres au-des-

sus de la malléole interne. Sa forme est presque circulaire ; ses dimensions sont les suivantes : 3 cent. $1/2$ de hauteur ; 3 cent. de largeur.

Les bords sont taillés à pic ; le fond de l'ulcère est bourgeonnant.

Le 2^e est situé immédiatement en dedans de la crête interne du tibia, à 13 centim., au-dessus de la malléole ; sa forme est elliptique : dimensions : 3 centim. 8 m. de largeur 2 centim. de hauteur.

Enfin à 18 centim. au-dessus de la malléole interne existe sur la crête tibiale un autre petit ulcère circulaire gros comme un noyau de cerise.

Etat variqueux très prononcé des veines des membres inférieurs.

2 février. — Résection de 20 centimètres de la saphène interne entre deux ligatures.

Opérateur M. Sauvé.

Le malade sort guéri le 24 février ; le malade a été revu ces jours-ci, depuis sa sortie de la Pitié, pas de récidence.

OBSERVATION XIV

M. SAUVÉ

Ulcère de la jambe gauche. Résection de la saphène interne.
Guérison.

P..., Joseph, 47 ans, cuisinier, entre le 7 avril 1903, à la Pitié, service de M. Terrier pour ulcère variqueux de la jambe gauche.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A 20 ans, le malade eut une phlébite de la jambe gauche consécutive à une fièvre typhoïde. Le malade put faire son service militaire ensuite.

A 26 ans, il eut un chancre mou pour lequel il fut soigné à Ricord.

A 42 ans, il eut un premier ulcère ; il fut soigné à la Pitié d'où il sortit guéri une vingtaine de jours après.

Un an après, un deuxième ulcère apparaît ; il fut aussi soigné à la Pitié et guéri complètement 15 jours après son entrée.

Toujours un an après, nouvel ulcère, soigné encore à la Pitié pendant à peu près le même temps.

Il reste ensuite deux ans sans avoir d'ulcère.

Il y a une douzaine de jours, il vit de nouveau un petit ulcère au niveau du $\frac{1}{3}$ inférieur de la face interne de la jambe gauche ; il augmente rapidement et a actuellement les dimensions suivantes :

6 centimètres dans le sens vertical ;

4 centimètres dans le sens latéral ;

7 centimètres dans sa plus grande largeur.

La forme est assez irrégulière, ovale avec un fort prolongement dans la face postérieure de la jambe. Le bord inférieur est à 9 centimètres de la malléole tibiale ; la surface est bourgeonnante ; la suppuration est peu abondante.

Varices sur toute la face interne de la jambe.

Le 20 avril. — Incision de 24 centimètres de longueur, partant du milieu de la jambe pour aboutir à la pointe du triangle de Scarpa ; résection de 25 centimètres de la saphène interne.

Opérateur: M. Sauvé. Chlorof., M. Boureau.

Le 19 mai, le malade sort guéri.

OBSERVATION XV (M. Gosset).

Ulcères variqueux de la jambe droite. **Réséction de la saphène interne. Guérison.**

C., Marie, 49 ans, couturière, entre le 25 mars 1901, à la Pitié, service de M. Terrier pour ulcères variqueux de la jambe droite.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Jamais malade. A eu six grossesses, chacune à deux ans d'intervalle. Après la deuxième, la malade remarque sur la portion interne de sa jambe et de sa cuisse droite, la présence de varices qui depuis n'ont fait qu'augmenter.

Depuis, au cours de chaque grossesse, les varices augmentent de volume: douleur au niveau du mollet, pesanteurs le soir.

Il y a quatre ans, rupture de la saphène interne au niveau de la malléole tibiale. Réunion rapide.

Quelque temps après, la malade remarque sur la face interne de la jambe droite, derrière la malléole, un petit bouton qu'elle écorcha en le grattant; il en résulta une ulcération qui mit six mois à se guérir; elle se rouvrit ensuite et depuis n'a pas cessé de croître.

Bientôt le même phénomène se reproduisit en deux autres points sur la face interne de la jambe droite, puis en un autre point sur la face externe.

De ces ulcérations s'écoula un liquide qui d'abord opalin devint bientôt purulent.

Le jour de son entrée à l'hôpital on constate 4 surfaces ulcérées :

La première, externe, triangulaire, à pointe inférieure siège sur la malléole externe et remonte jusqu'à travers de doigt au-dessus. Les bords sont surélevés, œdématisés; le pus et sanieux, rougeâtre. Elle mesure :

Au niveau de sa base	7 cent.
Au niveau du petit côté	6 cent. 1/2.
Au niveau du grand côté	10 cent.

Les 3 autres siègent sur la face interne.

L'une siège en arrière de la malléole tibiale. Elle s'étend obliquement en bas et en avant; est de la grosseur d'une pièce de deux francs. La peau avoisinante est tendue, luisante, épaisse.

Les deux autres ulcérations siègent à peu près au même niveau transversal; la première sur la face tibiale, la deuxième en arrière au bord tibial, a à peu près le diamètre d'une pièce de cinq francs.

17 mai.— Résection de la saphène interne à sa partie supérieure.

Opérateur : M. Gosset.

11 juin.— Les ulcérations de la face interne sont complètement cicatrisées. Les dimensions de celle de la face externe sont diminuées :

Base	6 cent.
Petit côté	4 c. 1/2.
Grand côté	7 cent.

Le 7 juillet. — La malade sort ; les ulcérations de la face interne sont complètement guéries ; au niveau de celle de la face externe, il ne reste plus que deux petites plaies bourgeonnantes ayant une tendance manifeste à la cicatrisation.

OBSERVATION XVI

M. AGLAVE.

Ulcère variqueux de la jambe droite. Résection de la saphène interne ; guérison.

P... E., 47 ans, journalier, entre le 3 mars 1903 à la Pitié, service de M. Terrier, pour ulcère variqueux de la jambe droite.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a des varices.

Antécédents personnels. — Depuis une quinzaine d'années le malade a des varices et en 1889 il eut un 1^{er} ulcère, qu'il soigna et qui guérit quatre mois après le début.

4 ans plus tard il eut un nouvel ulcère qui fut soigné à l'Hôtel-Dieu et qui dura encore 4 mois.

Depuis une quinzaine de jours, il s'aperçut qu'il avait un petit ulcère dont les dimensions augmentèrent progressivement.

Actuellement, on aperçoit sur le côté interne de la jambe droite, à 5 centim. au-dessus de la malléole interne du tibia, de la forme d'une demi-circonférence une ulcération dont les dimensions sont les suivantes :

5 centim. dans le sens vertical.

2 centim. 1/2 dans le sens sagittal à l'endroit le plus large.

Il existe un petit prolongement en bas au point de rencontre de la 1/2 circonférence avec le diamètre.

Les bords de l'ulcère sont à peine surélevés ; la surface peu bourgeonnante, ne suppure que très peu.

Etat variqueux très prononcé des deux membres inférieurs.

Traité jusqu'au 18 mars par le repos et les pansements qui ne donnent aucun résultat.

Le 18 mars. — Résection totale de la saphène interne droite.

Opérateur : M. Alglave.

Chloroforme : M. Boureau.

Le 1^{er} avril. — Les dimensions de l'ulcère sont notablement diminuées.

Le 7 avril. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XVII

M. GOSSET

Ulcère variqueux des deux jambes. Résection des deux saphènes internes. Guérison.

B...., Marcel, 23 ans, journalier, entre le 2 février 1903 à la Pitié, service de M. Terrier, pour ulcère variqueux des deux jambes.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Phlébite (d'abord à gauche, puis à droite) il y a 2 ans.

Apparition du 1^{er} ulcère. il y a 2 ans environ, sur la jambe gauche. Cet ulcère au lieu de guérir augmenta progressivement.

Il y a 6 mois apparition de plusieurs petites ulcérations sur la face antéro-interne de la jambe droite.

Actuellement : Sur la face interne de la jambe gauche, ulcère de 12 centimètres de haut sur 5 cm. de large.

Sur la face antéro-interne de la jambe droite, quatre à cinq petits ulcères échelonnés depuis la malléole jusqu'à la moitié du mollet. Leurs dimensions respectives sont celles d'une pièce de cinquante centimes.

Etat variqueux très prononcé des deux membres inférieurs.

Le 16 février. — 1^o Résection de la saphène interne droite, sur une longueur de 25 centimètres.

Opérateur, M. Sauvé.

2^o Ligature de la saphène interne gauche, à son orifice et au niveau du condyle interne : résection de la veine sur une longueur de 4 cent.

Opérateur, M. Gosset.

Chloroforme, M. Bourreau.

Le 1^{er} mars. — La cicatrisation des ulcères des deux jambes se fait rapidement.

Le 17 mars. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XVIII (Personnelle).

Ulcère variqueux de la jambe gauche. Varices superficielles. Résection de la saphène interne. — Guérison.

G., Jean, 40 ans, charretier, entre à la Pitié, service de M. Terrier, le 27 septembre 1902, pour ulcère de la jambe gauche.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis.

11 juillet 1902. — Le malade ressent une douleur assez forte au niveau du tiers moyen de la face interne de la jambe gauche ; à ce niveau la peau est rouge foncé.

14 juillet. — Un médecin consulté fait le diagnostic d'abcès et pratique une incision de 5 cm. environ. Il est sorti, dit-il, plus d'un verre de pus.

A partir de ce moment la plaie ne s'est jamais refermée.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on remarque, vers le tiers moyen de la jambe et à sa face interne une petite plaie à bords arrondis, à grand diamètre vertical. Dimensions : 4 cm. en hauteur sur un centimètre et demi de largeur. Peu de varices.

Le 7 octobre. — Résection de la saphène interne du côté gauche sur une longueur de 20 centimètres.

Opérateur : M. Sauvé ; Aide : M. Alexandre ; Chlorof : M. Boureau.

Le 19 octobre : le malade sort guéri.

OBSERVATION XIX (M. ALGLAVE).

Ulcère variqueux des deux jambes. — Extirpation à droite et à gauche du segment supérieur de la veine saphène interne.

B., Virginie, âgée de 52 ans, blanchisseuse, entre le 18 juillet 1901 à la Pitié, service de M. Terrier, pour ulcères de jambes.

Antécédents héréditaires — Nuls.

Antécédents personnels. — A eu des varices lors de son premier accouchement il y a 23 ans; il y a 14 ans, ces varices se sont ouvertes et la malade a perdu beaucoup de sang.

Depuis 2 mois environ, apparition de petites ulcérations sur les deux jambes.

Actuellement, quatre ulcérations sur la jambe droite au niveau de la face antéro-interne; deux sont placées symétriquement de chaque côté de la crête tibiale et ont approximativement les dimensions d'une pièce de cinq francs; la troisième, de mêmes dimensions est située au niveau de l'articulation du pied à un centimètre de la malléole interne; la quatrième, beaucoup plus petite, se trouve immédiatement au-dessous de la précédente.

Sur la jambe gauche, au niveau de la malléole interne, plaie à contours irréguliers, fond blanc jaunâtre, peu bourgeonnante, de la largeur d'une pièce de cinq francs.

21 août 1901. — Extirpation à droite et à gauche du seg-

ment supérieur de la veine saphène interne sur une longueur de 10 centimètres.

Opérateur : M. Alglave ; chlorof : M. Boureau.

La malade sort guérie le 30 septembre.

OBSERVATION XX (M. GOSSET).

(Résumée).

M... Alice, âgée de 48 ans, marchande des quatre saisons, entre le 23 juillet 1901 à la Pitié, service de M. Terrier, pour ulcère de la jambe gauche.

5 septembre. — Résection de la saphène interne [au niveau du genou sur une longueur de cinq centimètres.

Opérateur : M. Gosset. Chlorof, M. Boureau.

6 octobre. — La malade sort guérie.

6° **Elongation des nerfs,**

OBSERVATION XXI (M. CHIPAULT).

(In thèse Fougères 1899, Paris).

Ulcère variqueux. — Elongation du nerf saphène interne.
Guérison. — Résultat suivi pendant deux ans.

« F..., zingueur, 47 ans, variqueux, a reçu en 1847 un coup de pied à la partie antéro-interne de la jambe gauche. Ce coup de pied a été suivi d'un sphacèle limité de la peau et

La plaie consécutive s'est transformée en ulcère qui mesure actuellement cinq centimètres de hauteur sur 1/2 de large

Le malade n'est pas syphilitique.

Le malade garde le repos au lit depuis trois semaines, sans aucun résultat.

Le 3 mai 1898. — Elongation du saphène interne à la partie supérieure de la jambe et nettoyage de l'ulcère dont je diminue l'étendue transversale à l'aide de cinq points de suture, sans oser faire de traction bien énergique, à cause du peu de vitalité de la peau.

Pendant les jours qui suivent, un œdème marqué au pied, du reste sans douleur et sans température, me donne quelque inquiétude. J'ai toutefois la satisfaction de constater au premier pansement, le 5^e jour que la plaie d'élongation est réunie et que l'ulcère est en très bonne voie de cicatrisation.

Le 9^e jour j'enlève les fils qui rétrécissent celui-ci ; il garde ses dimensions nouvelles ; la partie restreinte est bourgeonnante et de bel aspect. Je replace un autre pansement que j'enlève le 21^e jour : à cette époque il ne restait plus qu'un point non réuni d'un demi-centimètre carré rempli d'un bourgeon exubérant. Je le coupe aux ciseaux : deux pansements suffisent pour donner une guérison complète ».

OBSERVATION XXII (Chipault, résumée.)

M., maraîcher, 49 ans, variqueux. Ulcère située à la partie antéro-interne de la jambe droite : 18 cent. sur 6. Fond fétide, bords croûteux ; le malade porte son ulcère depuis 14 ans. Désinfection préalable de l'ulcère par une série de pan

sements et la rugination des bords. 3 semaines après, élongation des nerfs musculo-cutané et saphène interne; excision de l'ulcère. Guérison en cinq semaines.

7° Dissociation fasciculaire du sciatique

OBSERVATION XXIII

Le 22 avril 1899 M. P. Delbet, présentait à la Société de Biologie le malade dont voici l'observation résumée :

Ulcère récidivant de la jambe gauche. Ulcère douloureux. Dissociation fasciculaire du sciatique. Guérison en six jours persistant 19 mois après avec diminution des manifestations douloureuses.

V..., Antoine, 39 ans, démolisseur variqueux depuis 16 ans; ulcération peu profonde, large comme une pièce de 5 francs et ayant pour siège la partie antérieure de la jambe gauche.

Le 31 mars. — Dissociation fasciculaire du sciatique.

6 avril. — Cicatrisation complète de l'ulcère.

19 mois après. — La guérison est maintenue.

OBSERVATION XXIV (Paul Delbet).

(*In Presse médicale*, 13 octobre 1900 (Résumée).

Ulcère variqueux remontant à 10 ans. Dissociation fasciculaire du sciatique et résection de la saphène. — Guérison en 30 jours. Récidive au bout de 3 mois 1/2.

F..., cocher, 60 ans, entre à Necker le 21 mars 1900. Ulcère remontant à 10 ans, siégeant au-dessus de la partie moyenne de la jambe gauche et dont les dimensions actuelles sont

6 cent. sur 5 cent. $1/2$. Bords calleux, épais ; varices nombreuses ; saphène dilatée, insuffisante.

6 avril.—Ligature de la saphène à la partie moyenne de la cuisse et du genou, dissociation fasciculaire du sciatique.

30 avril.—Le malade sort avec une petite surface non cicatrisée. Guérison dans les premiers jours de mai.

Revue par Silvy (thèse de Paris 1900), en novembre. Le malade avait eu une récidive et se plaignait en outre d'engourdissement des orteils avec refroidissement de toute la jambe.

8° Incision circonférentielle de jambe.

OBSERVATION XXV (M. GOSSET).

(Résumée.)

Marie B... 40 ans, blanchisseuse, entre à la Pitié en août 1903 pour ulcère de la jambe gauche.

Etat variqueux très prononcé des membres inférieurs : sur la jambe gauche on observe trois ulcères, deux siégeant sur la face antéro-interne, le troisième sur la face externe.

Le repos au lit n'ayant donné aucun résultat, M. Gosset pratique la résection étendue de la saphène interne. Dans les jours qui suivent cette opération on note la tendance à la cicatrisation des deux ulcérations de la face interne et un mois après la cicatrisation est presque complète, mais l'état de l'ulcère de la face externe reste stationnaire.

On pratique alors l'incision circonférentielle de jambe ; la tendance à la cicatrisation de l'ulcère de la face externe devient alors manifeste et un mois après la malade sort de l'hôpital guérie.

CONCLUSIONS

1° Le traitement chirurgical des ulcères de jambe est rationnel puisqu'il s'adresse aux causes elles-mêmes de l'ulcère.

2° Un seul procédé opératoire ne saurait convenir dans tous les cas.

3° Les ulcères récents, peu étendus, peuvent être traités avec succès par les greffes de Thiersch, les scarifications ou l'élongation des nerfs.

4° Aux ulcères chroniques, rebelles, étendus on opposera la résection des saphènes ou l'incision circonférentielle de jambe.

5° Les ulcères siégeant au niveau de la face antéro-interne de la jambe et accompagnés de la dilatation tronculaire de la saphène interne seront traités par la résection très étendue de celle-ci, sa ligature étant insuffisante.

6° L'incision circulaire de la jambe (procédé de Moreschi, se rapporte plus spécialement aux ulcères annulaires ou siégeant sur la face externe. .

7° Les cicatrices d'ulcères traités par la résection de la saphène interne sont meilleures, plus souples et plus résistantes que celles obtenues par les autres procédés ou le repos seul.

Vu : le Président de la thèse,
TERRIER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur de l'Académie
L. BOMPART

BIBLIOGRAPHIE

- AUZILHON. — Introduction à l'étude de l'ulcère simple.
Montpellier, 1868.
- BROCA. — Etude clinique, sur quelques lésions cutanées des
membres inférieurs. Thèse. Paris, 1886.
- BERGER. — France médicale, 1865, p. 323.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales. T. II.
- BRAULT. — Bulletin Société de chirurgie, 9 juin 1903.
- CAILLETON. — Thèse de Paris, 1901.
- CHIPAULT. — Société de chirurgie, mai 1899.
— Travaux de neurologie chirurgicale, 4^e année.
- PAUL DELBET. — Presse médicale, 13 octobre 1900.
— Société de biologie, 22 avril 1899.
— Travaux de neurologie, 4^e année.
- DOLBEAU. — In thèse Lafaye, 1875.
- FAURE. — Cité dans Rochard in Dict. Dechambre, Art.
Ulcère.
- GAY. — The Lancet, 1853, p. 450.
- HOFMOEKEL. — Journal de médecine et de chirurgie pratique
T. VIII, 3^e série n° 9194.
- HODGEN. — Cité par Gilson, in Dict. de méd. et de chir.
pratique.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Chirurgie antiseptique, 1876

LYOT. — Traité de chir. Le Dentu-Delbet, T. I page 321.

MORESCHI. — Clinica chirurgica, février 1899.

NÉLATON. — Soc. de chirurgie, 1852.

NUSBAUM. — Cité in Lafaye (Th. 1875).

OLLIER. — (Bulletin de l'Acad. de médecine, 1872).

PLUTARQUE. — Vie de Marius (trad. Amyot).

PONCET. — Lyon médical, octobre et novembre 1871.

QUÉNU. — Etudes sur la pathogénie des ulcères variqueux

— Revue de chirurgie 1882, t. II, p. 877-897.

— Société de chirurgie, 1888.

— Traité de chirurgie. Duplay-Reclus.

RÉMY. — Traité des varices des membres inférieurs, 1900.

REVERDIN. — Archives de médecine, 1872.

— Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1869.

RICARD. — Gazette des hôpitaux, 1890.

— In th. Archambault, 1901.

RECLUS. — Hypérostoses consécutives aux ulcères rebelles de jambes. Progrès médical, 1879.

— Art. Ulcères. Traité de chirurgie de Duplay-Reclus. T. I, page 36.

SCHWARTZ. — Bull. Soc. chir. 1887.

— In thèse Charrade, 1885.

TERRIER. — Eléments de pathogénie chir. gén. T. II, page 652.

— In thèse Séjournet (Paris, 1877).

TRENDELENBURG. — Beitrage zur klin. chirur. VII I, 1890.

VIDAL. — France médicale 1881. In thèse Chaussat, 1887, Paris.